

治療証明書(診断書)

ライフネット生命保険株式会社

1.	氏名 (カルテNo.)	性別	生年月日	年	月	日				
2.	傷病名等	傷病発生年月日								
ア.	傷病名	年	月	日	いずれかに○印をして下さい 医師推定 患者申告					
イ.	アの原因	年	月	日	医師推定 患者申告					
ウ.	合併症	年	月	日	医師推定 患者申告					
エ.	アの初診日	年	月	日	受診経路	一般外来 救急搬送 前医紹介				
	入院または手術が必要と判断された日	年	月	日	妊娠について	妊娠していない 妊娠中 妊娠判明日 年 月 日				
	傷病名告知	年	月	日	に、患者本人へ()と告げた					
3.	治療期間 入院期間注)	1回目	年	月	日	～	年	月	日	退院 転院 入院中
		2回目	年	月	日	～	年	月	日	退院 転院 入院中
		分娩を伴う入院期間のうち、公的医療保険制度の非適用入院期間			年	月	日	～	年	月
4.	手術 輸血注)	手術名	診療報酬点数手術区分番号		手術日					
			K -		年	月	日			
			K -		年	月	日			
5.	前医又は 紹介医は	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	病院名:	初診日	年 月 日頃					
6.	既往症 持病	悪性新生物	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	傷病名:	治療時期:					
		上記以外	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	病院名:						
7.	診断名等	病理組織診断名	大腸の場合:組織学的壁深達度		TNM分類					
			M	SM以深	T () N () M ()					
	診断確定日	年 月 日								
	診断確定まで に行われた 検査の概要	検査名	検査日	結果判明日	検査結果の概要					
		ア.病理組織学的検査	年 月 日	年 月 日						
		イ.細胞学的検査	年 月 日	年 月 日						
		ウ.内視鏡検査	年 月 日	年 月 日						
		エ. ()	年 月 日	年 月 日						
	悪性新生物 上皮内新生物 の場合	薬剤名	公的医療保険制度適用							
		抗がん剤治療 (ホルモン療法)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
経口薬の処方期間		経口薬以外の投与日								
	年 月 日～ 年 月 日	① / / ② / / ③ / / ④ / / ⑤ / / ⑥ / / ⑦ / / ⑧ / /								
放射線治療 (温熱療法を含む)	放射線または温熱療法の名称	診療報酬点数放射線区分番号	部位							
		M -								
	施行期間	施行日								
	年 月 日～ 年 月 日	① / / ② / / ③ / / ④ / / ⑤ / / ⑥ / / ⑦ / / ⑧ / /								
今後の治療予定	ア 手術 イ 抗がん剤 ウ 放射線 エ 経過観察 オ その他 ()									
8.	先進医療	技術名	技術料	円						
		治療の実施日	年 月 日	～	年 月 日	(実施回数 回)				
9.	意思能力	給付金等を請求し、受取る行為の意味を理解できますか			理解できる 理解できない その他 ()					
上記のとおり証明します。				証明日	年	月 日				
病院または診療所の		所在地	医師氏名 _____		印					
		名称								
		電話番号								

注)入院・手術等、記載しきれない場合は、別紙にご記入ください。
※お願い 訂正の場合は、必ず証明印による訂正印を捺印ください。

LIAJ058-E01-201909